



University of Groningen

Tuberculose der vrouwelijke geslachtsorganen

Johanns, Iwan Desire

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1957

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Johanns, I. D. (1957). Tuberculose der vrouwelijke geslachtsorganen. Groningen: Koninklijke Van Gorcum.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

SAMENVATTING

IN DIT PROEFSCHRIFT ZIJN DE resultaten nagegaan, die verkregen zijn bij de behandeling van de tuberculose der vrouwelijke geslachtsorganen, op de Groningse Universiteits-Vrouwenkliniek (Hoofd, Prof. Dr. B. S. TEN BERGE) in de jaren 1950 t/m 1956.

Na een inleiding, waarin gewezen wordt op de vorderingen op diagnostisch en therapeutisch gebied van de genitale tuberculose bij de vrouw, wordt een overzicht gegeven van de literatuur over dit onderwerp.

Hierna volgt het eigen onderzoek, dat de bewerking van het klinisch materiaal en het na-onderzoek der patiënten omvat.

In hoofdstuk I worden het vóórkomen en de localisatie besproken. Uit de literatuur blijkt, dat primaire infectie zeer zeldzaam is; de aandoening komt meestal secundair tot stand vanuit tuberculeuze processen elders in het lichaam.

Wat de frequentie van het voorkomen betreft, worden zeer uiteenlopende cijfers gegeven. Bij tuberculosepatiënten varieert het cijfer van 4-9.3% (BERRY, 1940, HELD, 1947); betrokken op alle sectie gevallen, geeft LORENTZ (1911) 2.8% aan, terwijl STEINSIEK (1922) bij 7.2% van de steriliteitpatiënten een endometritis tuberculosa vond.

De frequentie op het geheel der gynaecologische patiënten wordt als 1-2% aangegeven en ten opzichte van de gynaccologische ontstekingen 5%. Wij zelf vonden een frequentie van resp. 1.7 en 8.1% (zie tabel I).

De meest voorkomende localisatie is die in de eileiders, nl. 76-90% (5% van alle salpingitiden), daarna in de uterus, 46-75%, in de ovaria 30-43%, terwijl de overige delen van het genitaalapparaat in 0.5 tot enkele procenten door de ziekte aangetast worden. Wij vonden op 93 patiënten éénmaal een tuberculose van de vulva (zie fig. 3).

In hoofdstuk II is de pathogenese besproken. Enkele auteurs vermelden infectie door direct contact (SCHMID, 1940, HELLERSTRÖM, 1939, BJÖRNSTAD, 1946).

Bij lijders aan urogenitale tuberculose zijn er tuberkelbacillen in het sperma aangetoond (DIETEL e.a., 1943) en ook het sperma van lijders aan longtuberculose zonder urogenitale tuberculose, bleek tuberkelbacillen te bevatten (DIETEL 1943, HEYNEMANN 1933). Toch is men algemeen van oordeel dat de infectie door coïtus tot de hoge uitzonderingen behoort.

De ziekte ontstaat als regel langs haematogene weg vanuit de longen of de pleuraholten of langs lymfogene weg vanuit de darmen en mesenteriale klieren.

Het ontstaan per continuitatem vanuit het peritoneum wordt door vele auteurs aanvaard (JEDBERG 1950, HEYNEMANN 1933, BERBLINGER 1946). Het ontstaan van meer dan één vorm van extra-genitale tuberculose geeft een grotere predispositie.

De primaire aandoening kan reeds lang genezen zijn, als de genitale tuberculose manifest wordt.

De graviditeit, de partus, de abortus en vooral het puerperium zijn begunstigende momenten voor het ontstaan van de genitale tuberculose, hetzij direct, hetzij tijdens de exacerbatie van een tot rust gekomen extra-genitaal proces, met haematogene uitzaaiing (TEN BERGE 1951).

De endometritis tuberculosa ontstaat descenderend vanuit de tubae, of vanuit de diepere lagen der uteruswand.

In hoofdstuk III is de pathologische anatomie in beschouwing genomen.

Het histologisch beeld vertoont dezelfde veranderingen als bij extra-genitale vormen van tuberculose. Macroscopisch zijn de kenmerken echter karakteristiek voor de aandoening.

Men onderscheidt een caseus exsudatieve vorm en een productieve vorm. Deze vormen worden door verscheidene auteurs verschillend aangeduid. JEDBERG (1950) bv. spreekt van een exsudatieve en een adhaesief-exsudatieve vorm; OLOW (1916 en 1926) duidt ze aan als inflammatoir exsudatieve en adhaesief-ulceratieve vormen.

Bij de exsudatieve vormen zijn de tubae sterk gezwollen en bereiken een afmeting zoals niet aangetroffen wordt bij andere salpingitiden. De serosa is glad, glanzend en bleek; de verklevingen met omgevende organen zijn gering. Het ostium abdominale is afgesloten. De mucosa is atrofisch en de tuba bevat een verkaasde massa of pus met een hoog cholesterine gehalte.

Dit be
1924) „I

Bij de
tuba is a
tieve ve
omgeven
is rood,
kan zelfs
dikwijls

De adh
voor de t
waarbij
terwijl bi

Het ma
is weinig
zijn er tu

Door ve
ontstekin

gen in de
Is het r
haarden

Bij de
op een a
LAND, 19
verander

DANIEL
trophisch
het mees
De hype
gezwollen
heersend

De ver
variëren

(Verwiss
Aan de
miliairel

In hoof
vrouw b

Voor
diagnost

Dit beeld is onder de namen „koud absces van de tuba” (VAUTRIN 1924) „posthoortuba” (HELD 1948) e.a. beschreven.

Bij de adhaesief-productieve vorm is de zwelling veel geringer; de tuba is aan de oppervlakte met tuberkels bezaaid. Er ontstaan ulceratieve veranderingen die aanleiding geven tot vergroeiingen met de omgevende organen. Dikwijls zijn de ovaria erbij betrokken. De serosa is rood, de tubawand is diffuus verdikt. De mucosa is gezwollen en kan zelfs volkomen gedestruëerd zijn. Het ostium abdominale tubae is dikwijls afgesloten.

De adhaesieve vorm komt vaker voor (JEDBERG 1950). Kenmerkend voor de tuberculeuze ontsteking van de tuba is de zg. tabakzaktuba, waarbij de verkleefde fimbriae een omkrulling naar buiten vertonen, terwijl bij andere salpingitiden er juist een inversie van de rand ontstaat.

Het macroscopisch beeld van de tuberculeuze ontstekingen der ovaria is weinig typisch en vertoont het beeld van de peri-oöphoritis. Soms zijn er tuberculeuze etterhaarden in het parenchym.

Door vergroeiingen met de omgeving ontstaat een conglomeraat van ontstekingsweefsel, de zg. adnextumor. De pathologische veranderingen in de uterus zijn meestal tot het endometrium beperkt.

Is het myometrium mede ontstoken, dan is de spierwand met kaashaarden bezet, die soms vrij talrijk kunnen zijn (TEN BERGE 1953).

Bij de endometritis vindt men circumscripte tuberculeuze haarden op een achtergrond van schijnbaar normaal endometrium (SUTHERLAND, 1943), terwijl soms het grootste deel van het endometrium veranderd is in tuberculeus granulatiweefsel.

DANIËL (1925) maakte onderscheid tussen een miliaire, een hypertrophische en een ulcereus verkazende vorm. Bij de miliaire vorm, die het meest frequent is, vindt men subepitheliale miliaire tuberkels. De hypertrophische vorm is zeldzaam; hierbij is het slijmvlies sterk gezwollen. Bij de ulcereus caseuze vorm zijn de kaashaarden overheersend in het beeld.

De veranderingen aan de portio vertonen een verschillend aspect, variërend van erosie of ulcus, tot papillomateuze woekeringen toe. (Verwisseling met carcinoom of andere ulcera is mogelijk).

Aan de vulva en in de vagina doet de tuberculose zich voor als ulcera, miliaire knobbeltjes of wratachtige vormsels. Deze vormen zijn zeldzaam.

In hoofdstuk IV wordt de diagnostiek der genitale tuberculose bij de vrouw behandeld.

Voor de klinische diagnose kan men beschikken over een aantal diagnostische hulpmiddelen, naast het algemeen onderzoek. De

klachten die de patiënte aangeeft zijn niet specifiek voor de aandoening.

Pijn onder in de buik en steriliteit zijn de meest voorkomende klachten, maar ook alle mogelijke cyclische klachten zoals meno- en metrorrhagieën, primaire en secundaire amenorrhoe, komen voor. Een deel der patiënten heeft geen klachten en de genitale tuberculose is dan een toevallige vondst.

Vaak is extra-genitale tuberculose in de voorgeschiedenis vermeld.

De bezinkingssnelheid der erythrocyten kan zeer uiteenlopende waarden aangeven en biedt weinig houvast.

Temperatuursverhoging komt wisselend voor, volgens HEYNEMANN (1935) in 50% der gevallen. Langdurige koorts bij een salpingitis en slechte algemene toestand pleiten sterk voor het tuberculeuze karakter van de ontsteking.

Het bloedbeeld geeft hoogstens aanwijzing voor een ontsteking, maar is meestal normaal. Sommige onderzoekers vonden vaak een anaemie (JEDBERG 1950).

De toucherbevindingen zijn niet altijd typisch voor tuberculose der geslachtsorganen.

Grote zwellingen aan de adnexa en vooral als zij dubbelzijdig aanwezig zijn en weinig klachten geven, wijzen sterk in de richting van een tuberculeus proces. Deze verdenking wint aan kracht als het virgines betreft.

Verwisseling met ovariumcysten is mogelijk.

Vrijwel alle onderzoekers zijn van mening dat de genitale tuberculose bij de vrouw een ziekte is met zeer wisselende en uiteenlopende klinische verschijnselen, die niet typisch geacht kunnen worden voor de tuberculeuze aard der aandoening.

De combinatie van een nauwkeurige anamnese met de bevindingen bij het algemeen en lokaal onderzoek der genitalia kan het vermoeden van een tuberculeus proces doen rijzen en aanleiding zijn tot onderzoek met behulp van andere methoden. Op de voorgrond staat daarbij het bacteriologisch onderzoek. De meeste auteurs kennen hieraan een zeer grote waarde toe. Het materiaal daarvoor kan op verschillende wijze verkregen worden, o.a. door punctie van adnextumoren, curettage en zuigcurettage, maar het veiligste voor de patiënte is de aspiratie van bloed uit de vagina op de eerste dag der menstruatie.

Deze methode heeft een redelijk goede trefkans en paart aan veiligheid voor de patiënte, eenvoud in de uitvoering. In de literatuur wordt doorgaans een trefkans van gemiddeld 50% aangegeven wanneer men met het bloed de kweek- en caviaproeven uitvoert.

Van d
onderzo
geweten
De zuig
ring van
zoek van

De flu
gebied t

Het his
kan aan
is geken
MAN 194

Over h
reuscelle
cellen en
zijn om c

Men he
lipidolin
granuloc
kan bedr

De hys
nostisch
verbond
mige aut

Op het
kenmerk

1. Matig
zonde
ampi
2. Tuba
afges
afslu
3. Tuba
amp
4. Mati
5. Verv
slijm
6. Verv
in d

fiek voor de aandoe-

voorkomende klach-
als meno- en metror-
omen voor. Een deel
tuberculose is dan een

geschiedenis vermeld.
zeer uiteenlopende

volgens HEYNEMANN
bij een salpingitis en
tuberculeuze karakter

voor een ontsteking,
ers vonden vaak een

voor tuberculose der

zij dubbelzijdig aan-
n de richting van een
acht als het virgines

genitale tuberculose
n uiteenlopende kli-
nen worden voor de

met de bevindingen
kan het vermoeden
ding zijn tot onder-
grond staat daarbij
kennen hieraan een
kan op verschillende
nextumoren, curet-
de patiënte is de
ag der menstruatie.
en paart aan veilig-
a de literatuur wordt
angegeven wanneer
oort.

Van de andere werkwijzen ter verkrijgen van het materiaal voor onderzoek biedt vooral de curettage grote gevaren, hetgeen algemeen geweten wordt aan de noodzakelijke dilatatie van het cervixkanaal. De zuigcurettage geeft in veel mindere mate het gevaar van opflikkering van de ontsteking en biedt de mogelijkheid tot histologisch onderzoek van het endometrium.

De fluorescentie-microscopie blijkt een aanwinst op diagnostisch gebied te zijn, maar kan de kweek- en caviaproeven niet vervangen.

Het histologisch onderzoek van weefsel door zuigcurettage verkregen kan aanwijzing geven voor de localisatie in het endometrium. Het beeld is gekenmerkt door regressieve veranderingen in de klierbuizen (DEELMAN 1947); soms ontbreken de reuscellen.

Over het algemeen is men van oordeel dat de aanwezigheid van reuscellen van het type Langhans, typische tuberkels met epitheloidcellen en verkazing met capillair-armoede in het weefsel, voldoende zijn om de diagnose tuberculose te stellen.

Men houde echter rekening met vreemde-lichamenreacties, zoals na lipiodolinspuiting in het cavum uteri voorkomen kan. Het beeld van granuloomhaarden met reuscellen en epitheloiden, dat dan ontstaat, kan bedriegelijk op dat van endometritis tuberculosa lijken.

De hysterosalpingografie, wordt door vele onderzoekers als diagnostisch hulpmiddel gebruikt. Aan de methode zijn echter gevaren verbonden, zoals opflikkeringen van oude ontstekingsprocessen. Sommige auteurs zagen er weinig nadelen van (YLINEN en JOHANSON 1955).

Op het hysterosalpingogram gelden de volgende veranderingen als kenmerkend voor tuberculose (EKENGREN en RYDÉN 1950 en 1951):

1. Matig verwijde, kolfvormige salpingen met gladde contouren, zonder slijmvliesrelief en afsluiting aan het begin van de pars ampullaris of in de isthmus.
2. Tubae die in de pars isthmica of het begin van de pars ampullaris afgesloten zijn, met onregelmatige contouren op de plaats van de afsluiting.
3. Tubae met multipele stricturen in de pars isthmica en de pars ampullaris.
4. Matig verwijde tubae zonder slijmvliesrelief in de pars ampullaris.
5. Verwijde tubae met hypertrophische, longitudinale en regelmatig slijmvliesrelief in de pars ampullaris.
6. Verwijde tubae met hypertrophisch, onregelmatig slijmvliesrelief in de pars ampullaris.

7. Zwak tot matig verwijde tubae met ruwe contouren en onregelmatige contrastdefecten in de pars ampullaris.
8. Kleine blind eindigende kanaaltjes in het intramurale deel van de tubae.

Als tuberculeuze veranderingen in het endometrium worden vernauwingen van het cavum uteri vermeld, die dikwijls in of nabij de tubahoeken zitten en voorts onregelmatige contouren van de uterus-schaduw, met uitbochtigen en fistelgangen (ook in de cervix).

Op de röntgenfoto gelden ook verkalkte lymfeklieren en ovaria als teken van tuberculose. Onder de afwijkingen die op het hysterosalpingogram gevonden worden vindt men ook genito-abdominale en genito-intestinale fistels (YLINEN en JOHANSON 1955).

Aan intravasatie van de contrastvloeistof wordt ook grote waarde gehecht.

Verschillende auteurs hebben op reactivering van ontstekingsprocessen gewezen na salpingografie (o.a. TEN BERGE 1944). De verwikkelingen schijnen het meest bij gebruik van oliehoudende contrastmiddelen voor te komen en tegenwoordig wordt ook algemeen een waterig contrastmiddel gebruikt. Ook de pertubatie brengt dezelfde gevaren voor de patiënte met zich mee en bovendien het gevaar van luchtembolie. Algemeen wordt daarom aangeraden koolzuurgas bij de bewerking te gebruiken.

De diagnostiek door laparoscopie en culdoscopie wordt in de literatuur wel vermeld, maar biedt geen voordelen boven de andere diagnostische hulpmiddelen.

De laparotomie voor diagnostiek heeft vroeger veel tegenstanders gehad. De bezwaren van slechte wondgenezing en fistelvorming zijn tegenwoordig bij gebruik van tuberculostatica nauwelijks geldend. De diagnostiek door onderzoek van cervixsecreet en vaginaalslijm is geheel verdrongen door het onderzoek van menstruatiebloed.

In hoofdstuk V wordt de symptomatologie van de genitale tuberculose besproken. Daarbij blijkt dat de symptomen die de genitale tuberculose vertoont, evenmin als de klachten typisch genoemd kunnen worden. Men vindt vooral in het acute stadium koorts en algemene malaise. Premenstruele koorts zonder bekende oorzaak zou een typisch verschijnsel zijn. De pijnen onder in de buik kunnen vaak afwezig zijn. De bevindingen bij toucher en de wanverhouding tussen de gevonden afwijkingen en de klachten pleiten voor de genitale tuberculose. Soms verloopt de ziekte symptomeloos.

touren en onregel-

nurale deel van de

rium worden ver-
vijs in of nabij de
en van de uterus-
in de cervix).

eren en ovaria als
op het hysterosal-
to-abdominale en
).

ook grote waarde

n ontstekingspro-
44). De verwikke-
udende contrast-
ook algemeen een
e brengt dezelfde
n het gevaar van
koolzuurgas bij

dt in de literatuur
ere diagnostische

eel tegenstanders
istelvorming zijn
uwelijks geldend.
en vaginaalslijm
ruatiebloed.

itale tuberculose
genitale tubercu-
enoemd kunnen
arts en algemene
k zou een typisch
aak afwezig zijn.
sen de gevonden
tuberculose. Soms

In hoofdstuk VI worden de conservatieve en operatieve therapie besproken.

Vroeger werd de ziekte hoofdzakelijk met rustkuren, algemeen roborerende geneesmiddelen, dieet en hoogtezoon of röntgenstralen behandeld. De ontdekking van de geneesmiddelen die een remming hebben op de groei en ontwikkeling van de tuberkelbacil betekende een grote vooruitgang in de bestrijding der ziekte, evenals de verbeteringen op operatief-technisch gebied.

1. De conservatieve behandeling.

De meest gebruikte tuberculostatica zijn het PAS (para-aminosalicylzuur), INH (isonicotinezuurhydrazide) en streptomycine.

Naast de toepassing van deze geneesmiddelen, blijven rustkuur, eiwitrijke voeding en roborantia van groot belang. De rustkuur wordt door verschillende auteurs aangegeven voor een gemiddelde duur van 3 maanden en moet bij voorkeur in een ziekenhuis plaats vinden.

Velen zijn voorstanders van behandeling in een sanatorium, waar de vrouwen zich beter zouden schikken in de lange duur der behandeling. De behandeling blijve echter in handen van de vrouwenarts.

Het PAS wordt toegediend in een dagdosis van 12-18 g per os of ook wel als intraveneus infuus, in een hoeveelheid van 15 g PAS verwerkt tot een isotonische oplossing van 500 cc. De meeste clinici geven daarbij INH, 300 mg per dag, of streptomycine.

Van streptomycine wordt in de literatuur een zeer wisselende dosering aangegeven, variërend van $\frac{1}{2}$ -1 $\frac{1}{2}$ g. per dag i.m., tot een totale dosis van 40-84 g en hoger. Sommige clinici dienen het dagelijks toe, weer andere 2-3 maal per week. Over de successen met de medicamenteuze behandeling is in de laatste jaren veel gepubliceerd.

RYDÉN (1950) geeft als zijn mening te kennen dat streptomycine werkzamer is dan PAS en dat de combinatie van deze geneesmiddelen geen voordelen biedt boven streptomycine alleen.

SUTHERLAND (1954) heeft met de combinatie streptomycine-PAS gunstige ervaringen opgedaan bij de behandeling van endometritis tuberculosa en acht het onverantwoord een patiënte met deze aandoening, de medicamenteuze behandeling te onthouden.

HALBRECHT (1955) geeft als zijn ervaring te kennen dat de behandeling met PAS en streptomycine bij endometritis tuberculosa en niet ver gevorderde salpingitis tuberculosa, succesvol is. Hij gebruikte 45-50 g. streptomycine en 800-900 g. PAS in het geheel.

Vele clinici reserveren de streptomycinetoediening voor prae- en postoperatieve behandeling of kleinere ingrepen als zuig- en volledige

curettage, hysterosalpingografie en pertubatie (TEN BERGE 1954). Hierdoor voorkomt men resistentie tegen het geneesmiddel, terwijl de langdurige behandeling met PAS-INH kan plaatsvinden.

SCHAEFER (1956) geeft een overzicht van de behandeling met verschillende combinaties uit de literatuur verzameld. Daaruit blijkt dat de behandeling met INH al of niet in combinatie, gunstige resultaten geeft. De behandeling met röntgenstralen wordt door verschillende auteurs aanbevolen bij fistels.

2. De operatieve behandeling.

Men is vroeger zeer terughoudend geweest met deze behandelingswijze, omdat de mortaliteit zeer hoog was. De betere shockbestrijding, de betere praec- en postoperatieve zorg en de grotere mogelijkheden in de anaesthesiologie stellen de gynaecoloog tegenwoordig in staat de operatieve behandeling van de genitale tuberculose met meer succes te verrichten. Deze behandeling heeft echter toch nog een betrekkelijk hoge mortaliteit zoals uit sommige publicaties blijkt. GLATTHAAR (1947) geeft een primaire mortaliteit van 18% (gezuiverd 14%) aan. Daarnaast zijn er lage mortaliteitscijfers zoals bij JEDBERG (1950) 2.2%, FINKE (1954) 4.4%, TEN BERGE (1951) 0%, en latere publicaties van dezelfde auteur (1953 en 1955) over een groter aantal gevallen, ook telkens weer 0%.

Het genezingscijfer wordt verschillend aangegeven; zo vermelden HAAS (1949) 74%, NOBILI (1947) 80%, FINKE (1954) 60.9%.

De operatieve behandelingswijze heeft dan ook voor- en tegenstanders. Uit de literatuur krijgt men de indruk dat genezingskans, mortaliteit en morbiditeit in hoge mate afhankelijk zijn van de indicatiestelling, de wijze van opereren en de voor- en nazorg van de patiënte.

In 1951 heeft TEN BERGE gewezen op de noodzakelijkheid van een intensieve voor- en nabehandeling met PAS en streptomycine en waar mogelijk ook met INH. Hierdoor komen grote, vastliggende adnexitumoren losser te liggen, de patiënte komt in een betere toestand te verkeren en de operatie is technisch minder gecompliceerd.

Bij pyosalpingen wordt geen INH gegeven omdat hierdoor de wand van de tumor dunner wordt, met kans op ruptuur. Tuberculostatica na de operatie geven een gunstiger ziektebeloop.

Men opereert zo conservatief mogelijk omdat de ovaria zelden aangedaan zijn, en de endometritis als regel met medicamenteuze behandeling geneest als de zieke salpingen verwijderd zijn (SHARMAN 1947, JEDBERG 1950). Alleen de endometritis casciosa vereist hysterectomie

GE 1954).
tel, terwijl
n.
g met ver-
: blijkt dat
resultaten
erschillende

handelings-
bestrijding,
lijkheden in
in staat de
meer succes
betrekkelijk
GLATTHAAR
d 14%) aan.
BERG (1950)
re publicaties
gevallen, ook

o vermelden
o.
r- en tegen-
enezingskans,
van de indi-
zorg van de

heid van een
ycine en waar
gende adnex-
e toestand te
ed.
door de wand
berculostatica

zelden aange-
euzen behande-
HARMAN 1947,
hysterectomie

(TEN BERGE, 1951). De peritonitis en een peri-oöphoritis genezen ook langs conservatieve weg als de haarden in de tubae verwijderd zijn. De zieke haard moet volledig geëxtirpeerd worden, maar men moet niet te veel willen doen, vooral in gevallen waar er uitgebreide adhaesies zijn. Hierdoor zouden darmfistels kunnen ontstaan. Darmresectie kan soms nodig zijn. TEN BERGE (1951) raadt aan PAS-streptomycine in de buikholte te brengen na de extirpatie.

De indicatie tot operatie moet scherp gesteld zijn. De ervaring moet de gynaecoloog geleerd hebben in welke gevallen succes van een conservatieve behandeling te verwachten is en waar een operatieve behandeling door conservatieve therapie voorafgegaan dient te worden.

Uit de literatuur blijkt dat degenen die selectief opereren goede resultaten aangeven (DE MEURON 1947, HAGEN 1947, TEN BERGE 1951). TEN BERGE (1951) die het selectief-conservatief-operatieve standpunt inneemt, geeft de volgende indicaties tot operatie.

1. Als er een adnextumor van 5 cm doorsnede of groter aanwezig is en als de tumor beweeglijk is.
De haard bestaande uit verkaasd weefsel of tuberculeuze etter, kan dan niet door streptomycine of PAS bereikt worden, terwijl INH dat wel diep doordringt, de tumorwand dun maakt en gevaar voor perforatie schept.
2. Wanneer er fistels zijn waardoor de patiënte cachectisch wordt en herstel langs conservatieve weg niet meer te verwachten is.
3. Bij beginnende, voortschrijdende ontsteking als de resistentie van de patiënte gering is.

Uit de literatuur blijkt dat men voor de lichtere gevallen van genitale tuberculose met een conservatieve behandeling succes verwachten mag, terwijl de meer uitgebreide gevallen een operatieve behandeling vereisen.

In hoofdstuk VII wordt ingegaan op de prognose van de genitale tuberculose. Met de nieuwere behandelingswijzen blijken de behandelingsresultaten gunstiger te zijn dan voorheen. Men geeft 60-80% genezing aan. In hoofdstuk VI is al gewezen op de lage mortaliteit die bij selectief-conservatief opereren verkregen wordt en het ongecompliceerd postoperatief verloop bij gebruik van tuberculostatica. De prognose quoad vitam wordt door de meeste auteurs gunstig genoemd. Quoad sanationem is de prognose minder gunstig en hangt in hoofdzaak af van de juiste keuze tussen conservatieve en operatieve

therapie, en de algemene toestand van de patiënte. Men dient te bedenken dat de genitale tuberculose bij de vrouw een manifestatie is van een ziekte die het individu in haar geheel betreft en absolute bedrust, adequate voeding en algemeen roborerende behandeling zijn daarbij niet van ondergeschikt belang. Recidieven komen voor, zelfs na jaren (FINKE 1954). Ook ziet men wel eens reactivering van extra-genitale processen en tot rust gekomen genitale processen bij zwangerschap, partus, abortus en gynaecologische ingrepen. Dikwijls blijft de patiënte steriel hoewel de prognose quoad conceptionem gunstiger is dan voorheen. Vrijwel alle auteurs vermelden gevallen van zwangerschap na behandeling van genitale tuberculose. De prognose quoad conceptionem is te verbeteren door vroegtijdige behandeling, conservatief opereren en pogingen bij de operatie om gunstige voorwaarden voor conceptie te scheppen (ovariumimplantatie). Als men echter bedenkt dat men met de therapie – vooral de conservatieve therapie – geen genezing sensu strictiori bereikt maar dat wij het proces alleen maar tot rust brengen (TEN BERGE 1954), dan kan men zich afvragen of het juist is een provocerende factor als graviditeit, in de hand te werken.

In de volgende hoofdstukken wordt het eigen onderzoek behandeld.

Hoofdstuk VIII geeft de bewerking van het materiaal aan, dat 93 patiënten omvat die behandeld zijn van 1950–1957 op de kliniek. Allereerst wordt het vóórkomen van de genitale tuberculose nagegaan. Het blijkt dat 8.1% van alle gynaecologische ontstekingen tuberculeus zijn en dat 1.7% van alle opnamen wegens genitale tuberculose zijn (tabel I blz. 85). Deze cijfers zijn in overeenstemming met de frequentie die doorgaans in de literatuur aangegeven wordt.

Zeven en twintig der patiënten bezochten de polikliniek uitsluitend wegens steriliteit.

Men is algemeen van oordeel dat de genitale tuberculose een ziekte van de vroege volwassen leeftijd is. Onder onze patiënten was de leeftijdsgroep 21–30 jaar het sterkst vertegenwoordigd (blz. 86).

De meeste patiënten hadden een of meer vormen van tuberculose elders in het lichaam doorgemaakt (tabel II blz. 87) en de tijd die verlopen was tussen de primaire tuberculose en het genitale proces was in 36.7% der gevallen 1–5 jaar (tabel III blz. 88).

Wat de localisatie in het genitaalapparaat betreft, vonden wij

endometritis	12 maal
endometritis + salpingitis	14 maal
salpingitis evt. salpingo-oöphoritis	47 maal

dient te be-
anifestatie is
absolute bed-
andeling zijn
komen voor,
ctivering van
processen bij
pen. Dikwijls
otionem gun-
gevallen van
De prognose
behandeling,
unstige voor-
ie). Als men
conservatieve
wij het proces
kan men zich
iditeit, in de

ek behandeld.

aan, dat 93
p de kliniek.
culose nage-
kingen tuber-
le tuberculose
ming met de
wordt.

ek uitsluitend

ose een ziekte
ënten was de
blz. 86).

n tuberculose
en de tijd die
enitale proces

nden wij

al
al
al

salpingitis + peritonitis	11 maal
endometritis + salpingitis + peritonitis	4 maal
endometritis + salpingitis + myo- metritis + peritonitis	1 maal
peritonitis	3 maal
endometritis + myometritis + sal- pingitis	1 maal

De diagnose endometritis werd gesteld wanneer in het zuigcurettement tuberkels aangetoond waren, of wanneer de bacteriologische uitslagen van het onderzoek van het menstratiebloed positief waren terwijl er geen palpabele afwijkingen aan de adnexa waren. Strikt genomen kan men beweren dat de diagnose alleen dan gesteld mag worden als in het zuigcurettement tuberkels aangetoond kunnen worden. Het onderzoek door zuigcurettage is echter een steekproef, die wanneer zij negatief uitvalt, fout-negatief kan zijn, door de onvolmaaktheid der bewerking. Aan de hand van een ziektegeschiedenis (G.K. 230/56 blz. 89) wordt dit geïllustreerd.

Voor de diagnose salpingitis zijn positieve uitslagen bij het bacteriologisch onderzoek en palpabele afwijkingen aan de adnexa voldoende.

De diagnose myometritis tuberculosa is klinisch uitermate moeilijk te stellen en kan alleen bewezen worden als na geheel of gedeeltelijke verwijdering van de uterus, macroscopisch of microscopisch tuberculeuze veranderingen in het myometrium gevonden worden.

Tweemaal meenden wij deze diagnose te mogen stellen, waarvan éénmaal uitsluitend op het klinisch verloop der ziekte. G.K. 363/56 (blz. 91) geeft de ziektegeschiedenis van de betreffende patiënte.

Eén patiënte had behalve de ontsteking der inwendige genitalia, een tuberculeus ulcus aan de vulva (fig. 3).

Omdat de genitale tuberculose lang latent blijven kan, zijn wij nagegaan welke redenen de patiënten er toe gebracht hebben de polikliniek te bezoeken. De klachten bleken zeer uiteenlopend te zijn; pijnen onder in de buik en steriliteit waren de meest voorkomende klachten, maar ook dysmenorrhoe en alle mogelijke cyclische stoornissen waren aanwezig, tot amenorrhoe toe.

Bij de beschrijving van de onderzoeksmethoden werd vermeld dat slechts vijfmaal een leucocytose vastgesteld werd, en 43 maal een bezinkingssnelheid der erythrocyten die hoger was dan 12 mm in het eerste uur (fig. 2).

Bij het inwendig onderzoek werd 72 maal palpabele afwijkingen aan

de adnexa gevonden; 44 maal betrof het grove afwijkingen en 28 maal kleine adnexazwellingen. De adnexazwellingen waren bij 54 patiënten dubbelzijdig en bij 18 éénzijdig aanwezig.

Hysterosalpingografie werd niet als routineonderzoeksmethode verricht, omdat wij van mening zijn dat dit niet zonder gevaren is bij genitale tuberculose. Van enkele gevallen waarin dit tot het stellen van de diagnose geleid heeft, zijn de ziektegeschiedenissen vermeld en met röntgenfoto's geïllustreerd.

Het bacteriologisch onderzoek der patiënten was van essentieel belang. In de eerste jaren werd het materiaal hiervoor voornamelijk door zuigcurettage verkregen. Naarmate de waarde van het onderzoek van menstruatiebloed duidelijker bleek, werd deze methode vaker toegepast en in de laatste jaren werd de zuigcurettage op de tweede plaats gesteld.

Van 93 patiënten werd het onderzoek van het menstruatiebloed in 28 gevallen vóór de behandeling verricht; het onderzoek van zuigcurettementen vond in 41 gevallen plaats, met inbegrip van 9 patiënten bij wie ook het menstruatiebloed onderzocht was. De resultaten van het onderzoek zijn in de tabellen IV, V en VI (blz. 97, 98 en 99) weergegeven.

Bij het eerste onderzoek van het menstruatiebloed werd in 35.7% der gevallen een positieve uitkomst verkregen; bij het tweede en het derde onderzoek steeg dit tot 57.1%.

Bij het onderzoek van zuigcurettementen kon in 78.1% der gevallen de diagnose door histologisch en bacteriologisch onderzoek gesteld worden. In 7.3% der gevallen kon de diagnose uitsluitend door histologisch onderzoek gesteld worden en in 58.5% uitsluitend door bacteriologisch onderzoek.

Het blijkt dus dat het bacteriologisch onderzoek van zuigcurettementen enig voordeel heeft boven onderzoek van menstruatiebloed. Het onderzoek van menstruatiebloed is echter eenvoudiger en heeft voor de patiënten geen risico's.

Negatieve bacteriologische en/of histologische bevindingen sluiten het bestaan van een genitale tuberculose niet uit. De trefkans ligt tussen 50 en 75%.

Bij het bacteriologisch onderzoek dient de caviaproef altijd verricht te worden en bij voorkeur ook de kweekproef. Het histologisch onderzoek heeft alleen waarde voor bepaling van de localisatie in het endometrium.

Omdat het de opzet van ons onderzoek was, na te gaan wat de ge-

nezingens kansen zijn bij de gevolgde behandeling, werd de wijze van behandeling nader beschouwd.

Een conservatieve behandeling omvat absolute bedrust, dagelijkse toediening van staal- en vitaminepreparaten, eiwitrijke voeding, dagelijkse toediening van 15 g PAS als intraveneus infuus en 3×100 mg INH per dag. De i.v. PAS-toediening vond gedurende tenminste 3 weken plaats op het ziekenhuis, daarna werd het PAS per os toegediend en de behandeling op dezelfde voet klinisch of thuis voortgezet. De patiënte werd gemobiliseerd als eventuele adnexa-zwellingen geheel of nagenoeg geheel verdwenen waren en het bacteriologisch onderzoek minstens tweemaal negatief geweest was. De totale hoeveelheid PAS, m.a.w. de behandelingsduur wordt afhankelijk gesteld van de onderzoekbevindingen.

De indicatie tot operatie wordt gesteld bij aanwezigheid van grote adnexazwellingen en adhaesieve conglomeraattumoren en verder volgens de regels die op blz. 67 van dit proefschrift vermeld zijn.

Aan de operatie gaat als regel een conservatieve behandeling vooraf waarbij de laatste 7 dagen voor de operatie dagelijks 1 g streptomycine i.m. gegeven wordt. Na de ingreep volgt er weer een conservatieve kuur met bovendien dagelijks 1 g streptomycine gedurende 14 dagen.

Acht en dertig patiënten werden uitsluitend conservatief behandeld en 53 werden geopereerd; 22 der operatief behandelenden waren primair conservatief behandeld, zij werden geopereerd omdat de conservatieve behandeling niet tot herstel geleid had. Twee patiënten kregen een behandeling die bestond uit een rustkuur met goede voeding en roborantia zonder tuberculostatica.

In tabel VII (blz. 102) is het bovenstaande weergegeven. Bij 25 patiënten werd met conservatieve middelen herstel bereikt, waaronder verstaan moet worden dat zij na de behandeling geen palpabele afwijkingen meer aan de adnexa vertoonden bij vaginaal toucher en het onderzoek van het menstruatieblood tenminste tweemaal negatieve uitkomsten gaf. Elf patiënten die aanvankelijk als hersteld beschouwd waren, bleken bij voortgezet onderzoek nog tuberkelbaccillen uit te scheiden. Zij werden opnieuw behandeld en 10 werden na 2 of meer kuren bacteriologisch negatief verkregen, terwijl één geopereerd moest worden.

Bij 21 vrouwen veranderden de adnexazwellingen niet of in geringe mate; zij werden nadien operatief behandeld. Drie patiënten zijn nog onder behandeling. Na herstel der patiënten die een herhalingskuur kregen, wordt het aantal patiënten bij wie uiteindelijk herstel langs

conservatieve weg verkregen werd, 35 van de 60. Zes patiënten werden zwanger, onder wie twee met een extra-uterine graviditeit.

Bij een beschouwing der operatief behandelde patiënten blijkt dat zo conservatief mogelijk geoperceerd is.

Tabel VIII (blz. 105) geeft een overzicht der uitgevoerde operaties. Daarbij zijn 7 proeflaparotomicën niet meegerekend.

Zes en twintig maal werd een bilaterale salpingectomie verricht, 18 maal konden daarbij beide ovaria gespaard worden en 7 maal één ovarium.

Acht maal werd een unilaterale salpingectomie verricht, 3 maal konden daarbij beide ovaria gespaard worden en 4 maal één ovarium.

Supravaginale amputatie van de uterus werd 4 maal verricht; éénmaal zijn daarbij beide adnexa verwijderd.

Totale extirpatie van uterus en beide adnexa werd 11 maal verricht en éénmaal werden bij de hysterectomie de ovaria achtergelaten.

Een salpingostomie werd tweemaal verricht, éénmaal als steriliteitsoperatie waarbij postoperatief de tuberculose vastgesteld werd en éénmaal om een patiënte van een extra-uterine graviditeit in het infundibulum te bevrijden.

Een unilaterale tubaresectie met wigexcisie uit het ovarium werd éénmaal als steriliteitsoperatie verricht.

Bij 2 patiënten werden er fistels gesloten; één geval van fistelsluiting in het rectum wordt vermeld, hoewel de patiënte buiten het kader van de onderhavige studie valt.

De fistel werd volgens de „pull-through” methode van HOCHENEGG-KOCHER gesloten (fig. 8).

Bij 11 operaties was de tuberculeuze aard van de aandoening te voren niet bekend en werd de patiënte op een andere indicatie geoperceerd (tabel IX blz. 109).

In tabel X (blz. 110) zijn de patiënten die de diverse operaties ondergingen, naar de leeftijdsgroepen verdeeld, om de sparende gedragslijnen aanzien van de ovariële functie en de progenituur tot uitdrukking te brengen. Bij 8 patiënten onder de 40 jaar zijn beide ovaria verwijderd en bij tien de uterus geheel of gedeeltelijk.

Het aantal operatief behandelde patiënten bedroeg 53. Hierbij was er geen mortaliteit. Dit moet aan de selectief-conservatief-operatieve gedragslijn toegeschreven worden.

Ook het aantal postoperatieve complicaties is gering te noemen. De waargenomen stoornissen zijn geweest:

Stoornis in de wondgenezing	3 maal
Koorts zonder aanwijsbare oorzaak, hoger	

dan 37.7°C	4 maal
Cystitis	2 maal
Thrombose	1 maal
Subileus	1 maal
Pneumonie	1 maal
Shock post operationem	1 maal

Tenslotte worden in dit hoofdstuk aan de hand van een aantal ziekte-
geschiedenissen enkele critische beschouwingen gegeven.

In hoofdstuk IX wordt het na-onderzoek der behandelde patiënten
en de uiteindelijke resultaten der behandeling weergegeven.

Allereerst wordt er op gewezen, dat onder genezing bij tuberculose
der vrouwelijke genitalia verstaan moet worden dat het proces tot stil-
stand gekomen is. Er wordt een toestand verkregen waarbij de weefsels
geen verdere pathologische veranderingen ondergaan en de tuberkel-
bacil niet meer uitgescheiden wordt. De tuberculeuze haardjes in het
genitaal-apparaat worden ingekapseld en verliezen hun specifieke
structuur. Wij kwamen tot deze opvatting doordat de patholoog-
anatom bij onderzoek van een aantal geëxstirpeerde salpingen van
conservatief behandelde patiënten slechts tekenen van een chronische
ontsteking vond, zonder tekenen van specificiteit, terwijl te voren de
tuberculeuze aard der aandoening bewezen was. Wanneer de tubercu-
leuze haard operatief verwijderd is en bij een totale extirpatie van
de inwendige genitalia, zullen de kansen voor het ontstaan van een
recidief aanmerkelijk kleiner geworden zijn, en waarschijnlijk geheel
afwezig. In dergelijke gevallen zou van genezing in de ware betekenis
sprake kunnen zijn.

Bij de beoordeling der resultaten hebben wij als genezen beschouwd
alle patiënten, bij wie bacteriologisch onderzoek van het menstruatie-
bloed en/of zuigcurettement 2 jaar of langer na de behandeling een
negatieve uitkomst gaf bij ten minste 2 onderzoeken en er boven-
dien geen palpabele afwijkingen waren te vinden.

Bij vrouwen in de menopauze en vrouwen die tengevolge van een
hysterectomie niet meer menstrueren, hebben wij ons laten leiden
door de klachten, de toucherbevindingen en de bezinkingssnelheid
der erythrocyten in onderling verband te beschouwen.

De werkwijze bij het na-onderzoek wordt beschreven, waarna een
indeling der patiënten bij het na-onderzoek volgt (tabel XI blz. 122).

Twintig patiënten werden er niet bij betrokken, doordat zij of niet
te bereiken waren, of geen gevolg aan de oproep gaven of nog te kort

behandeld waren voor een beoordeling, resp. nog onder behandeling waren.

Van de overige 73 patiënten menstrueerden 21 niet. Bij 44 werd het menstruatiebloed minstens tweemaal onderzocht, bij 5 éénmaal en bij 3 niet.

Twee en vijftig patiënten vertoonden een lymfocytose in het bloedbeeld; éénmaal was er een anaemie bij, overigens vonden wij geen afwijkingen bij het haematologisch onderzoek, met name geen leucocytose.

Elfmaal werd er een bloedbezinkingssnelheid groter dan 12 mm in het eerste uur gevonden.

In 5 gevallen waren er éézijdige afwijkingen aan de adnexa te voelen, echter geen infiltratie of grote en pijnlijke zwellingen. Wat als afwijkend beschouwd werd, was altijd een adnexum iets forser dan normaal of adnexa in adhaesies. De overige bevindingen bij het inwendig onderzoek bestonden uit adhaesies, en een uterus in retroversie gefixeerd.

In speculo werd 6 maal een erosio portionis en 14 maal fluor albus vastgesteld.

Bij alle patiënten was het gewicht toegenomen.

Het physisch onderzoek van cor en pulmones gaf in geen enkel geval aanleiding tot consulteren van de longarts.

De klachten die de patiënten aangaven waren als volgt:

vage pijn onder in de buik	16 maal
pijn onder in de rug	8 maal
dysmenorrhoe	6 maal
amenorrhoe	1 maal
menorrhagie	2 maal
onregelmatige cyclus	1 maal
fluor albus	6 maal
geen klachten	47 maal

Bij het bacteriologisch onderzoek van het menstruatiebloed vonden wij 4 maal een positieve uitslag. Eén dezer patiënten valt buiten de beoordeling omdat zij een behandeling had ondergaan, die uitsluitend uit een rustkuur, adequate voeding en roborantia zonder tuberculostatica bestond. Een andere patiënte die op dezelfde wijze behandeld werd, wordt ook buiten de beoordeling gelaten. Bij haar waren de resultaten negatief.

De 3 andere patiënten met een positieve uitslag waren 4, 5 en 6 jaar geleden behandeld. Bij hen moeten wij dus een recidief aannemen.

Tab
en in t
en na
Van
terwij
Bij k
vatiev
rale sa
Van
afwezi
zoek e
van d
Onde
zocht i
punter
Eén v
weiger
hadder
konder
Bij de
delde p
menstr
Wij k
Van 2
kunne
geneze
Van
vond,
gen. 2
worde
Bij
leden
nezin
Ver
genez
Bij
nog t
zoek
voor
24 v

Tabel XII (blz. 124) geeft een overzicht van de onderzoekresultaten en in tabel XIII (blz. 134) zijn de belangrijkste bevindingen samengevat en naar de behandelingswijze gerubriceerd.

Van 73 patiënten waren er 28 conservatief en 43 operatief behandeld, terwijl 2 op andere wijze behandeld zijn.

Bij bacteriologisch onderzoek was er éénmaal een recidief na conservatieve behandeling en tweemaal na operatieve behandeling (unilaterale salpingectomie en bilaterale salpingectomie).

Van de 21 vrouwen die niet meer menstrueren is op grond van de afwezigheid van pathologische bevindingen bij het inwendig onderzoek en gynaecologische klachten, aangenomen dat er geen recidief van de genitale tuberculose is.

Onder de 5 vrouwen bij wie het menstratiebloed éénmaal onderzocht is, was er 1 recidief. Bij de overige 4 waren er geen aanknopingspunten om een recidief te veronderstellen.

Eén van de 3 patiënten die het onderzoek van het menstratiebloed weigerden, had een verhoging van de bloedbezinkingssnelheid, overigens hadden zij geen van allen tekenen die het vermoeden van een recidief konden rechtvaardigen.

Bij de beoordeling van de resultaten hebben wij de 2 anders behandelde patiënten en de patiënte met een verhoogde BSE bij wie het menstratiebloed niet onderzocht werd, buiten beschouwing gelaten.

Wij komen dan tot de volgende resultaten:

Van 27 vrouwen die langer dan 2 jaar geleden behandeld werden, kunnen wij mede op grond van het bacteriologisch onderzoek 24 als genezen beschouwen en 3 met een recidief.

Van 20 vrouwen bij wie de behandeling nog geen 2 jaar geleden plaats vond, werd bij bacteriologisch onderzoek een negatieve uitkomst verkregen. Zij kunnen dus als zijnde voorlopig zonder recidief beschouwd worden.

Bij 17 vrouwen die niet meer menstrueren en langer dan 2 jaar geleden behandeld werden, is op grond van het klinisch onderzoek genezing vastgesteld.

Vermeerderd met de bovenvermelde 24 vrouwen, wordt het aantal genezen patiënten 41 van de 70.

Bij 4 vrouwen die niet meer menstrueren en bij wie de behandeling nog geen 2 jaar geleden plaats vond, kon evenmin bij klinisch onderzoek een recidief vastgesteld worden. Zij worden beschouwd als zijnde voorlopig zonder recidief, waardoor het aantal patiënten in deze groep 24 van de 70 wordt.

Van de 3 vrouwen die het onderzoek van menstruatiebloed weigerden lieten wij één buiten beschouwing omdat de BSE verhoogd was; wij zijn geneigd de beide andere op grond van het klinisch onderzoek als genezen te beschouwen. Zij waren langer dan 2 jaar geleden behandeld. Het aantal genezen patiënten komt dus op 43 van de 70 te staan.

Resumerende hebben wij van 70 patiënten die na de behandeling onderzocht en beoordeeld werden, 43 maal genezing (61.4%), 24 maal voorlopige genezing (34.3%) en 3 maal een recidief (4.2%) kunnen vaststellen.

In tabel XIV (blz. 137) zijn deze resultaten samengevat en gerubriceerd naar de behandelingswijze.

Het blijkt dat bij 28 conservatief behandelenden in 53.6% genezing, 42.9% voorlopige genezing (samen 96.5%) en 3.6% recidief vastgesteld is. Voor de groep van 42 operatief behandelenden werd in 66.7% genezing, 28.6% voorlopige genezing (samen 95.3%) en 4.8% recidief vastgesteld.

Op grond van de literatuurstudie en het onderzoek komen wij tot de volgende conclusies:

1. Bij de behandeling van tuberculose der vrouwelijke geslachtsorganen geeft de selectief-conservatief-operatieve behandelingswijze zoals door ons gevolgd is, goede resultaten. De juiste indicatiestelling tot operatie en de voor- en nabehandeling met tuberculostatika zijn daarbij van groot belang. De kans op recidief is 4.2%, waarbij een tijdsduur van 2 jaar werd aangenomen.

2. Bij een patiënte met een tuberculeus belaste anamnese en palpabele afwijkingen aan de adnexa is ook bij negatieve uitkomst van het bacteriologisch onderzoek van het menstruatiebloed de diagnose adnexitis tuberculosa gerechtvaardigd. (G.K. 717/'54, G.K. 128/'56, G.K. 218/'56).

3. Positieve uitkomsten bij het bacteriologisch onderzoek van menstruatiebloed en afwezigheid van palpabele afwijkingen aan de adnexa pleiten voor het bestaan van endometritis tuberculosa, hoewel de tubae mede ontstoken kunnen zijn (G.K. 109/'54, G.K. 838/'54, G.K. 180/'56).

4. Elke vorm van genitale tuberculose bij de vrouw dient behandeld te worden; de mening dat latente genitale tuberculose geen behandeling behoeft, is niet juist, omdat de latentie een potentieel gevaar voor de vrouw inhoudt. (G.K. 206/'55, G.K. 382/'55, G.K. 812/'55, G.K. 110/'56).

5. De gevorderde processen in de tubae leiden tot onherstelbare steriliteit, terwijl vroegtijdige behandeling de prognose quoad conceptionem verbetert. (G.K. 123/'55, G.K. 500/'54, G.K. 382/'55).

6. Endo-
geneest al-
tica (G.K.
caseuze v
melde beh
hysterecto

7. Het c
geslachtsor
die aan ee
Een tijdig

Voorts is
en bij gyn
G.K. 491/'5

In hoofds
geschiedeni

atiebloed weigerden
verhoogd was; wij
nisch onderzoek als
geleden behandeld.
n de 70 te staan.

na de behandeling
g (61.4%), 24 maal
dief (4.2%) kunnen

engevat en gerubri-

in 53.6% genezing,
recidief vastgesteld
werd in 66.7% ge-
) en 4.8% recidief

ek komen wij tot de

welijken geslachtsor-
e behandelingswijze
iste indicatiestelling
tuberculostatica zijn
%, waarbij een tijds-

anamnese en palpa-
ve uitkomst van het
bloed de diagnose
7/'54, G.K. 128/'56,

onderzoek van men-
ngen aan de adnexa
sa, hoewel de tubae
38/'54, G.K. 180/'56).
uw dient behandeld
ilose geen behande-
n potentieel gevaar
2/'55, G.K. 812/'55,

1 tot onherstelbare
ognose quoad con-
G.K. 382/'55).

6. Endometritis tuberculosa gepaard met salpingitis tuberculosa geneest als regel na salpingectomy en behandeling met tuberculostatica (G.K. 124/'51, G.K. 250/'51, G.K. 286/'52, G.K. 812/'55). De caseuze vorm van endometritis tuberculosa komt niet met bovenvermelde behandeling tot genezing. (G.K. 379/'52, G.K. 363/'56). Hier is hysterectomy aangewezen.

7. Het onderzoek ter opsporing van tuberculose der vrouwelijke geslachtsorganen dient een routine-onderzoek te zijn bij alle patiënten die aan een klinische vorm van tuberculose lijden of geleden hebben. Een tijdig onderzoek vermindert de kans op steriliteit.

Voorts is het onderzoek noodzakelijk bij alle patiënten met steriliteit en bij gynaecologische afwijkingen zonder bekende aetiologie. (o.a. G.K. 491/'56).

In hoofdstuk X wordt ter documentatie een overzicht van de ziekte-geschiedenissen gegeven.